

PEDRO PAULO WERNER

**CERATITE POR *ACANTHAMOEBA*:
RELATO DE UM CASO EM
FLORIANÓPOLIS-SANTA CATARINA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a obtenção do Grau
de Médico no Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1999

PEDRO PAULO WERNER

**CERATITE POR *ACANTHAMOEBA*:
RELATO DE UM CASO EM
FLORIANÓPOLIS-SANTA CATARINA**

Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de
Médico no Curso de Graduação em Medicina.

Coordenador: Prof. Dr. Edson José Cardoso.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Adam Netto.

FLORIANÓPOLIS

1999

AGRADECIMENTOS

Registro aqui, meus agradecimentos ao meu orientador, **Prof. Dr. Augusto Adam Netto**, que passou muito de seus conhecimentos e experiência, tornando a tarefa de conclusão deste trabalho bem menos árdua e mais lucrativa, em termos de conhecimento científico.

Quero agradecer também ao **Dr. Ernani Luiz Garcia**, que me introduziu no meio oftalmológico, ensinou-me os primeiros passos sobre oftalmologia e possibilitou a realização deste trabalho.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO	2
3. RELATO DO CASO.....	3
4. DISCUSSÃO	7
5. REFERÊNCIAS	13
NORMAS ADOTADAS	18
RESUMO	19
SUMMARY	20

1. INTRODUÇÃO

A ceratite por *Acanthamoeba sp* foi descrita pela primeira vez em 1973 e durante a década seguinte, onze casos adicionais foram relatados ^{1, 2}. Desde 1984, entretanto, tem havido um aumento surpreendente no número de casos publicados; este aumento tem sido interpretado por alguns autores como reflexo do melhor conhecimento da entidade ou incidência aumentada da infecção ^{2,3}.

Apesar de várias pesquisas terem sido publicadas nos últimos anos, o diagnóstico precoce e o tratamento da ceratite por *Acanthamoeba sp* ainda constituem um desafio para o oftalmologista ⁴. Sinais clínicos que podem sugerir ceratite por *Acanthamoeba sp* incluem: (1) infiltrado estromal anelar ou parcialmente anelar; (2) leve a moderado edema de pálpebra com pouca quemose conjuntival; (3) dor ocular desproporcional aos achados clínicos; (4) úlcera superficial severa e sem muita crosta; ou (5) ausência de resposta ao tratamento antibacteriano, antiviral e antifúngico ⁵.

Os primeiros casos de ceratite por *Acanthamoeba sp* no Brasil foram descritos por Nosé e col ⁶ em 1988. Foram descritos três casos no Rio Grande do Sul por Bocaccio e col ⁴ em 1997. Relata-se aqui um caso de ceratite por *Acanthamoeba sp* ocorrido em Florianópolis, Santa Catarina, no ano de 1992.

2. OBJETIVO

Relatar um caso de ceratite por *Acanthamoeba sp* em uma paciente usuária de lentes de contato rígidas gás-permeáveis, procedente de Florianópolis-Santa Catarina.

3. RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 23 anos, branca, recepcionista, usuária de lentes de contato rígidas gás-permeáveis há três anos, procurou o oftalmologista em julho de 1992 com história de dor ocular e sensação de areia no olho direito há trinta dias. Referia usar solução salina para limpeza e armazenamento das suas lentes de contato.

À biomicroscopia a paciente apresentava ceratite superficial e hiperemia conjuntival no olho direito. Foi realizado então curativo oclusivo com pomada oftálmica (acetato de retinol + aminoácidos + DL-metionina + cloranfenicol) e prescrito colírio (dexametasona + cloranfenicol + cloridrato de tetrizolina) uma gota no olho direito de 4/4 horas.

Dois dias após houve piora do quadro, retornando ao oftalmologista, apresentava piora das lesões epiteliais e aumento da hiperemia conjuntival. Foi prescrito colírio (dexametasona + neomicina + polimixina B) de 2/2 horas e solicitada bacterioscopia e citologia de raspado de córnea, que mostrou ausência de bactérias e raras células linfomononucleares.

A paciente apresentou melhora do quadro com a medicação anteriormente prescrita. Vinte dias após houve piora do quadro de ceratite e observou-se a presença de precipitados ceráticos endoteliais à biomicroscopia (**Figura 1**).



Figura 1- Aspecto do olho direito à biomicroscopia.

Foi então solicitado o parecer de um especialista na subespecialidade de córnea. O mesmo, após avaliação, prescreveu pomada oftálmica (aciclovir) e cetoconazol comprimidos por via oral e realizou biópsia de córnea, pela qual foi evidenciada a presença de *Acanthamoeba sp.* (**Figura 2**).

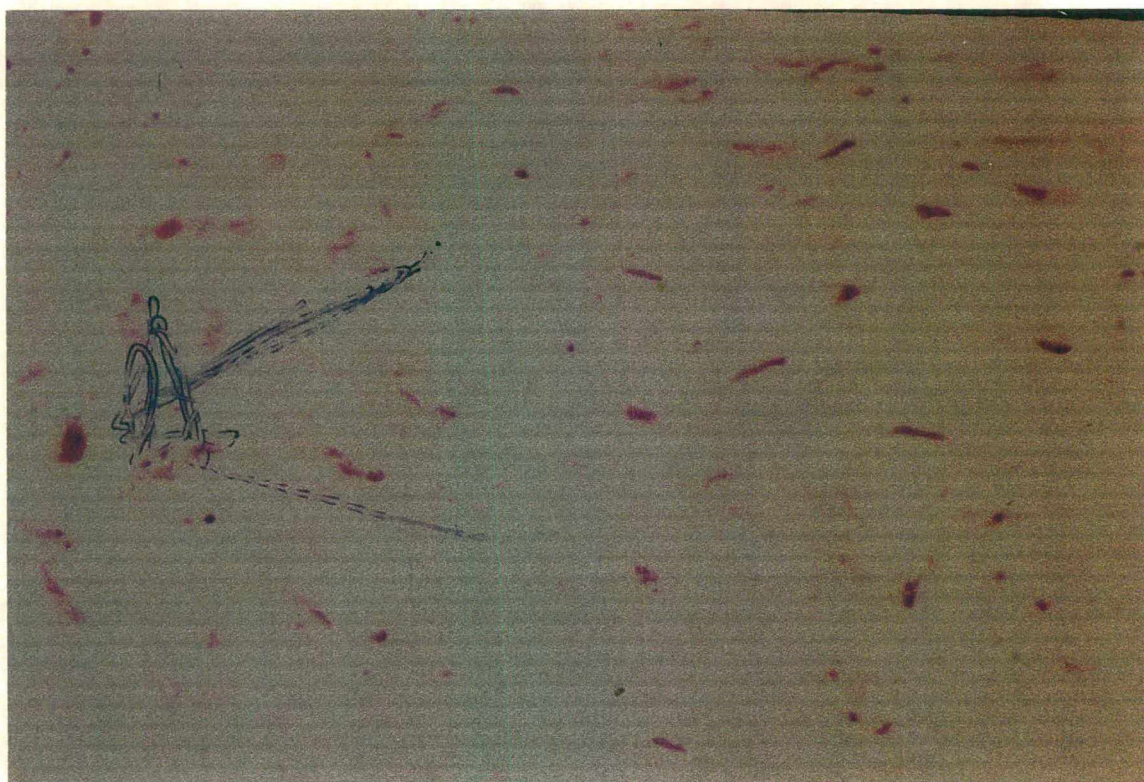


Figura 2 - Presença de cisto de *Acanthamoeba sp* à biopsia corneana.

A gravidade da doença ocular e a impossibilidade de obtenção imediata da medicação tópica para o seu tratamento (medicação importada e de alto custo), fizeram com que o transplante de córnea fosse indicado como conduta emergencial.

Em outubro de 1992 a paciente foi submetida ao transplante de córnea, sob anestesia geral, sem complicações.

O exame anatomopatológico do botão corneano revelou a presença de cistos e trofozoítas de *Acanthamoeba sp* (**Figura 3**).

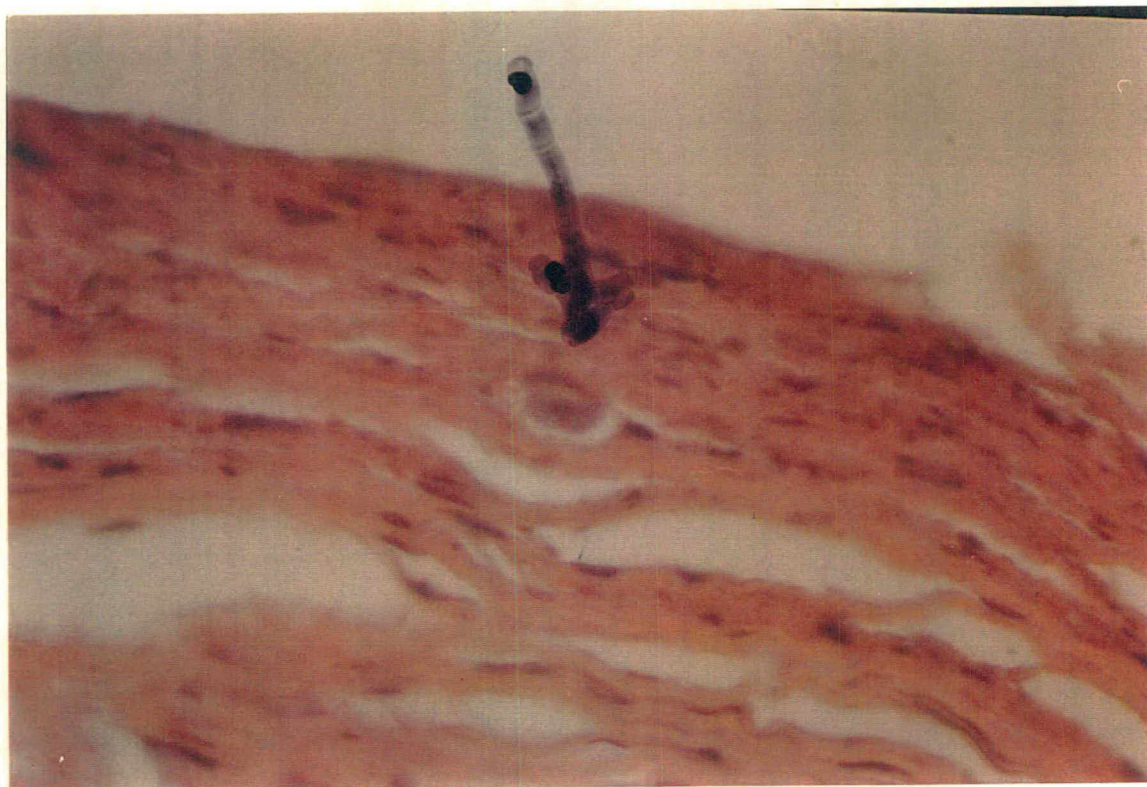


Figura 3 - Trofozoíta de *Acanthamoeba sp* no botão corneano retirado.

A paciente fez uso de colírio e pomada oftálmica (dexametasona + cloranfenicol) no pós-operatório durante aproximadamente 60 dias.

O quadro evoluiu bem e com três meses de pós-operatório, a acuidade visual corrigida no olho operado era de 20/20. Atualmente, com sete anos de seguimento, a acuidade visual corrigida neste olho continua sendo 20/20.

4. DISCUSSÃO

A *Acanthamoeba sp* é um protozoário (ameba) de vida livre encontrado no ar, solo e água corrente ou parada. Existe sob duas formas: cistos e trofozoítas (forma ativa). A forma cística é altamente resistente e capaz de sobreviver por períodos prolongados em condições hostis, incluindo piscinas tratadas com cloro, banheiras com água quente e lagos gelados. Em condições apropriadas os cistos tornam-se trofozoítas, que produzem uma variedade de enzimas que auxiliam na penetração e destruição de tecidos.

A *Acanthamoeba sp* tem sido incriminada em casos de meningo-encefalite amebiana primária fatal em humanos ^{7,8}. Anticorpos de fixação de complemento tem demonstrado estas amebas no soro de pacientes com moléstias do trato respiratório superior ⁹, neurite óptica e doença macular ¹⁰. Recentemente foi relatado um caso de endoftalmite por *Acanthamoeba* em um paciente imunocomprometido ¹¹.

A ceratite por *Acanthamoeba sp* é uma infecção ulcerativa recalcitrante da córnea e das mais de vinte espécies de *Acanthamoeba sp*, apenas cinco tem sido implicadas como causadoras de ceratite ³.

Antigamente havia descrições de casos de ceratite por *Acanthamoeba sp* precedidos de trauma corneano leve, por matéria vegetal, queda de inseto no olho, contato com secreção ou água contaminada ¹². A *Acanthamoeba sp* tem sido isolada em uma grande variedade de fontes, incluindo soluções usadas para higiene de lentes de contato. Aproximadamente três quartos de todos os casos de ceratite por *Acanthamoeba sp* ocorreram em pessoas que usavam lentes de contato ². As micro-erosões corneanas causadas pela lente de contato poderiam

funcionar como porta de entrada para a *Acanthamoeba sp*¹³. A ceratite por *Acanthamoeba sp* vem sendo relatada como uma infecção de córnea comum em usuários de todos os tipos de lentes de contato¹⁴. Cabe ressaltar que no presente caso, a paciente era usuária de lentes de contato rígidas gás-permeáveis e que a mesma utilizava solução fisiológica para armazenamento e limpeza das suas lentes.

É importante lembrar que uma parte dos casos descritos na literatura, cerca de 10 a 15%, ocorreram em não-usuários de lentes de contato e um esquecimento desta possibilidade pode resultar em um atraso no diagnóstico, o que poderá vir a trazer prejuízos ao paciente¹⁵.

A ceratite por *Acanthamoeba sp* também pode ocorrer após transplante de córnea sem nenhum outro fator de risco: um destes casos ocorreu após transplante de córnea por ceratopatia bolhosa¹⁶. Dois casos foram descritos após ceratotomia radial^{17,18}.

O diagnóstico clínico da doença usualmente é difícil. A maioria dos pacientes apresenta sintomas oculares inespecíficos como fotofobia, dor ocular e lacrimejamento, normalmente afetando só um olho, podendo contudo, ser bilaterais. A dor ocular pode ser severa, sendo desproporcional aos achados clínicos, mas a ausência de dor severa não afasta o diagnóstico¹⁵. Neste relato, a paciente apresentava dor ocular e sensação de areia num olho e, com a evolução do quadro a dor chegou a ser tão intensa que a paciente referiu ter idéias suicidas.

O quadro clínico inicial é muito inespecífico, podendo se apresentar como uma simples ceratite pontuada superficial, ceratoneurite radial ou mesmo uma ceratite dendrítica⁴. Comumente, existe uma forma dendrítica de ceratite que inicialmente é tratada como infecção por herpes simples^{19,20,21}.

Um alto índice de suspeição deve existir em usuários de lentes de contato que desenvolveram forma dendrítica de ceratite, particularmente quando não

há resposta à terapêutica antiviral. Hiperemia e edema limbar são achados freqüentes tanto no começo como na fase tardia da doença ²².

Um padrão de infiltrado perineural que ocorre na distribuição radial é virtualmente patognomônico de ceratite por *Acanthamoeba sp* ²³. Não há explicação para a ocorrência do infiltrado perineural, embora exista a possibilidade das amebas migrarem mais facilmente ao longo dos nervos da córnea do que por outros caminhos ou que as amebas possam lesar os tecidos nervosos corneanos ²⁴.

As fases mais avançadas da doença, onde encontramos infiltrado anelar ou parcialmente anelar sugestivo de *Acanthamoeba sp*, mimetizam muito as ceratites herpéticas e micóticas ^{6,25,20,26}.

A confirmação diagnóstica se dá através da investigação laboratorial. Pode ser obtido por exame direto de raspados de córnea em hidróxido de potássio a 10% e coloração pelo Gram ou Giemsa. Cistos encontrados desta forma podem ser incuídos em meio de cultura para *Acanthamoeba sp*, ou seja, agar não-nutriente com *Escherichia coli* ⁵. Ao exame de cortes histológicos, no caso de biópsia de córnea, corados com hematoxilina-eosina, são vistos cistos e trofozoítas de *Acanthamoeba sp* ²⁷. No presente caso, o diagnóstico da doença corneana só foi confirmado pela biópsia e coloração pelo Gram, conforme mostra a figura 2. Calcofluor branco também tem sido usado para cortes histológicos, demonstrando os cistos ¹⁵.

A administração tópica ou parenteral de antibióticos e outras drogas (terapia medicamentosa inicial) provavelmente elimina os trofozoítas, mas não tem efeito sobre os cistos de *Acanthamoeba sp*. A descontinuação de drogas pode desencadear a excistação (passagem de cisto para trofozoíta), resultando em subsequente complicação ²⁸.

Em 1985 Wright et al relataram sucesso no tratamento medicamentoso da ceratite por *Acanthamoeba sp* usando isetionato de propamidine 0,1%, aplicado

topicamente, juntamente com dibromopropamidine pomada 0,15%. O sucesso no tratamento foi atribuído à atividade amebicida de ambos ²⁹. Sucesso no tratamento usando propamidine com miconazol 1% (frequentemente associado com neomicina + bacitracina) tem sido relatado ^{30,31,20}, assim como terapia combinada de itraconazol oral com miconazol tópico 1% ³² e combinação de cetoconazol oral e tópico ³³. Em 1990 estudos de sensibilidade *in vitro*, mostraram que o polihexametileno biguanida é altamente efetivo destruindo cistos e trofozoítas, e em 1992 Larkin et al relataram sucesso no tratamento usando polihexametileno biguanida na concentração de 0,02% ³⁴.

Recentemente, o uso de diamidine, derivado do hexamidine, o qual parece ter maior atividade cisticida que o propamidine, tem sido relatado ^{35,36}. O uso de clorhexidine 0,02% como uma alternativa ao polihexametileno biguanida também tem sido descrito, resultando em cura médica em onze de doze pacientes ³⁷. Corticosteróides tópicos são usados algumas vezes, mas seu uso é controverso e alguns autores contraindicam seu uso devido à supressão da resposta imune do paciente ^{38,39}. A corticoterapia tópica costuma ter algum efeito benéfico, mesmo que temporário, devido provavelmente à sua ação anti-inflamatória ⁴. Pudemos observar esta melhora temporária nesta paciente, após o emprego da corticoterapia tópica, por alguns dias.

O sucesso do tratamento clínico depende da precocidade diagnóstica e terapêutica. A maioria dos autores relata pobre sucesso terapêutico quando o mesmo é iniciado em fases avançadas da doença ^{20,12,34,40}.

O debridamento da área afetada do epitélio corneano, sem terapia tópica amebicida, pode resultar em sucesso do tratamento no estágio inicial da doença ⁴⁰. Entretanto, a experiência com debridamento é limitada para ser recomendada sem terapia tópica concomitante ¹⁵.

Como o diagnóstico de ceratite por *Acanthamoeba sp* é muitas vezes tardio, muitos pacientes não respondem bem ao tratamento clínico e necessitam de transplante de córnea terapêutico, como aconteceu em nosso caso.

Ainda há controvérsia sobre qual o melhor momento para a realização do transplante de córnea nesta enfermidade ⁴. Há alguns anos indicava-se o transplante terapêutico o mais precocemente possível, com o objetivo de se retirar todo o processo infeccioso ainda restrito ao centro da córnea, com menor chance de proliferação amebiana para periferia corneana ^{6,25,20,12}. Devido ao uso de agentes amebicidas, o transplante terapêutico hoje não tem sido necessário nas fases agudas da doença ¹⁵. Com novas drogas para o combate desta doença e com o diagnóstico cada vez mais precoce, tenta-se adiar ao máximo o tratamento cirúrgico ⁴. Devido ao risco de recorrência desta enfermidade após o transplante de córnea, recomenda-se que esta seja tratada medicamentosamente e que o transplante seja reservado, se possível, para reabilitação visual de olhos com significativa lesão corneana ⁴¹. Em nosso caso, o transplante de córnea foi a conduta emergencial indicada devido à gravidade da doença e à impossibilidade de obtenção imediata de medicação tópica ocular, que necessitava ser importada e apresentava alto custo de aquisição.

Considerando a gravidade e a dificuldade diagnóstica e terapêutica na ceratite por *Acanthamoeba sp*, medidas preventivas são extremamente importantes, especialmente em usuários de lentes de contato. Tais pacientes devem ser orientados para evitar o uso de água da torneira para higienização das lentes de contato e evitar o uso de lentes nas práticas desportivas em rios, mar e piscinas ⁴. Quanto à desinfecção das lentes de contato, esta deverá ser feita preferencialmente com assepsia térmica, que comprovadamente elimina a *Acanthamoeba sp* ⁴². Em relação à assepsia química os trabalhos são controversos. Silvany et al ⁴³ demonstraram maior efetividade das soluções químicas contendo clorhexidine em relação ao cloreto de benzalcônio e

tiomersal. Freitas ⁴² demonstrou resistência da *Acanthamoeba sp* ao clorhexidine, tiomersal, ácido bórico e amônia quaternária.

Acreditamos ser este o primeiro caso relatado de ceratite por *Acanthamoeba* em Florianópolis, Santa Catarina, segundo pudemos constatar na literatura pesquisada.

5. REFERÊNCIAS

1. Jones DB, Robinson NR, Visvesvara GS. *Acanthamoeba polyphaga* keratitis and *Acanthamoeba* uveitis associated with fatal meningoencephalitis. Trans Ophthalmol Soc UK 1975; 95(2):221-232.
2. Jones DB. *Acanthamoeba*: The ultimate opportunist? Am J Ophthalmol 1986; 102(4): 527-530.
3. *Acanthamoeba* keratitis associated with contact lenses-United States. Morb Mortal Wkly Rep 1986; 35(25): 405-408. Obs: autor não citado.
4. Bocaccio F, Kwitko S, Boelter MC, Rymer S, Marinho D, Alves LS, et al. Ceratite por *Acanthamoeba*: Relato de casos no Rio Grande do Sul. Arq Bras Oftal 1997; 60(3): 268-274.
5. Sharma S, Srinivasan M, George C. *Acanthamoeba* keratitis in non-contact lens wearers. Arch Ophthalmol 1990; 108(5): 676-678.
6. Nosé W, Sato EH, Freitas D, Ribeiro MP, Foronda AS, Kwitko S, et al. Úlcera de córnea por *Acanthamoeba*: quatro primeiros casos no Brasil. Arq Bras Oftal 1988; 51(6): 223.
7. Carter RF. Primary amebic meningoencephalitis. An appraisal of present knowledge. Trans R Soc Trop Med Hyg 1972; 66(2): 193-213.
8. Robert VB, Rorke LB. Primary amebic encephalitis, probably from *Acanthamoeba*. Ann Intern Med 1973; 79(2): 174-179.
9. Eldridge AE, Tobin JO'H. "Ryan virus". Br Med J 1967; 1: 299.
10. Schlaegel TF, Culbertson CG. Experimental *Hartmannella* optic neuritis and uveitis. Ann Ophthalmol 1972; 4(2): 103-106.

11. Heffler KF, Eckhardt TJ, Reboli AC, Stieritz D. *Acanthamoeba* endophthalmitis in acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Ophthalmol* 1996; 122(4): 584-586.
12. Auran JD, Starr MB, Jokobiec FA. *Acanthamoeba* keratitis: a review of the literature. *Cornea* 1987; 6(1): 2-26.
13. Ludwig IH, Meisler DM, Ruther-Ford J. Susceptibility of *Acanthamoeba* of soft contact lens disinfection systems. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1986; 27(4): 626-628.
14. Stehr-Green JK, Bailey TM, Visvesvara GS. The epidemiology of *Acanthamoeba* keratitis in the United States. *Am J Ophthalmol* 1989; 107(4): 331-336.
15. Illingworth CD, Cook SD. *Acanthamoeba* Keratitis. *Surv Ophthalmol* 1998; 42(6): 493-508.
16. Parrish CM, Head WS, O'Day DM, Rowlett W. *Acanthamoeba* keratitis following keratoplasty without other identifiable risk factors. *Arch Ophthalmol* 1991; 109(4): 471.
17. Gussler JR, Jaffe M, Alfonso EC. Infection after radial keratotomy. *Am J Ophthalmol* 1995; 119(6): 798-799.
18. Friedman RF, Wolf TC, Chodosh J. *Acanthamoeba* infection after radial keratotomy. *Am J Ophthalmol* 1997; 123(3): 409-410.
19. Johns KJ, O'Day DM, Head WS, Neff RJ, Elliott JH. Herpes simplex masquerade syndrome: *Acanthamoeba* keratitis. *Curr Eye Res* 1987; 6(1): 207-212.
20. Lindquist TD, Sher NA, Doughman DJ. Clinical signs and medical therapy of early *Acanthamoeba* keratitis. *Arch Ophthalmol* 1988; 106(1): 73-77.

21. Tay-Kearney ML, McGhee CNL, Crawford GJ, Trown K. *Acanthamoeba* keratitis. A masquerade of presentation in six cases. Aust N Z J Ophthalmol 1993; 21(4): 237-245.
22. Bacon AS, Frazer DG, Dart JKG, Matherson M, Ficker LA, Wright P, et al. A review of 72 consecutive cases of *Acanthamoeba* keratitis 1984-1992. Eye 1993; 7(6): 719-725.
23. Feist RM, Sugar J, Tessler H. Radial keratoneuritis in pseudomonas keratitis. Arch Ophthalmol 1991; 109(6): 774-775.
24. Moore MB, McCulley JP, Kaufman HE, Robin JB. Radial keratoneuritis as a presenting sign in *Acanthamoeba* keratitis. Ophthalmology 1986; 93(10): 1310-1315.
25. Cohen EJ, Buchanan HW, Laughera PA, Adams CP, Galentine PG, Visvesvara GS, et al. Diagnosis and management of *Acanthamoeba* keratitis. Am J Ophthalmol 1985; 100(3): 389-395.
26. Moore MB, McCulley JP, Luckenbach MB, Gelender H, Newton C, McDonald MB, et al. *Acanthamoeba* keratitis associated with soft contact lenses. Am J Ophthalmol 1985; 100(3): 396-403.
27. Sharma S, Srinivasan M, George C. *Acanthamoeba* keratitis in non-contact lens wearers. Arch Ophthalmol 1990; 108(5): 676-678.
28. Visvesvara GS, Jones DB, Robinson NM. Isolation, identification, and biological characterization of *Acanthamoeba polyphaga* from a human eye. Am J Trop Med Hyg 1975; 24(5): 784-790.
29. Wright P, Warhurst D, Jones BR. *Acanthamoeba* keratitis successfully treated medically. Br J Ophthalmol 1985; 69(10): 778-782.
30. Dunn JP, Berger ST, Mondino BJ, Goodwin LT Jr. Successful medical management of *Acanthamoeba* keratitis. Am J Ophthalmol 1990; 110(4): 395-403.

31. Cohen EJ, Parlato CJ, Arentsen JJ, Genvert GI, Eagle RC Jr, Wieland MR, et al. Medical and surgical treatment of *Acanthamoeba* keratitis. *Am J Ophthalmol* 1987; 103(5): 615-625.
32. Ishibashi Y, Matsumoto Y, Kabata T, Watanabe R, Hommura S, Yasuraoka K, et al. Oral itraconazole and topical miconazole with debridement for *Acanthamoeba* keratitis. *Am J Ophthalmol* 1990; 109(2): 121-126.
33. Kita Y, Nishizawa H, Takenobu J. A case of *Acanthamoeba* keratitis. *Jpn J Clin Ophthalmol* 1996; 50: 1513-1516.
34. Larkin DFP, Kilvington S, Dart JK. Treatment of *Acanthamoeba* keratitis with polyhexamethylene biguanide. *Ophthalmology* 1992; 99(2): 185-191.
35. Brasseur G, Favennec L, Perrine D, Chenu JP, Brasseur P. Successful treatment of *Acanthamoeba* keratitis by hexamidine. *Cornea* 1994; 13(5): 459-462.
36. Gray TB, Kilvington S, Dart JKG. Amoebicidal efficacy of hexamidine, compared with PHMB, chlorhexidine, propamidine and paromomycin (abstract). *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1996; 37: 875.
37. Seal D, Hay J, Kirkness C, Morrell A, Booth A, Tullo A, et al. Successful medical therapy of *Acanthamoeba* keratitis with topical chlorhexidine and propamidine. *Eye* 1996; 10(4): 413-421.
38. D'Aversa G, Stern GA, Driebe WT Jr. Diagnosis and successful medical treatment of *Acanthamoeba* keratitis. *Arch Ophthalmol* 1995; 113(9): 1120-1123.
39. Stern GA, Buttross M. Use of corticosteroids in combination with antimicrobial drugs in the treatment of infectious corneal disease. *Ophthalmology* 1991; 98(6): 847-853.

40. Brooks JG Jr, Coster DJ, Badenoch PR. *Acanthamoeba* keratitis. Resolution after epithelial debridement. *Cornea* 1994; 13(2): 186-189.
41. Killingsworth DW, Stern GA, Driebe WT, Knapp A, Dragon DM. Results of therapeutic penetrating keratoplasty. *Ophthalmology* 1993; 100(4): 534-541.
42. Freitas D. Contribuição ao estudo da susceptibilidade das *Acanthamoeba* sp a diferentes métodos de desinfecção de lentes de contato gelatinosas [Tese Mestrado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1988.
43. Silvany RE, Dougherty JM, McCulley JP, Wood TS, Bowman RW, Moore MB. The effect of currently available contact lens disinfection systems on *Acanthamoeba castellanii* and *Acanthamoeba polyphaga*. *Ophthalmology* 1990; 97:286-290.

NORMAS ADOTADAS

1. Normatização dos trabalhos científicos do curso de graduação em medicina.
Resolução no. 001 / 97 do colegiado do curso de graduação em medicina da
Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.
2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniforme requeriments
for manuscripts submitted to biomedical journal. Ann Intern Med 1997:
126: 36-47.

RESUMO

O autor relata um caso de ceratite por *Acanthamoeba sp* ocorrido em Florianópolis, Santa Catarina, em 1992. A paciente, 23 anos, usuária de lentes de contato rígidas gás-permeáveis há três anos, procurou o oftalmologista queixando-se de dor e sensação de areia no olho direito há trinta dias. Referia usar solução salina para higiene de suas lentes de contato. Apresentava quadro de ceratite no olho direito à biomicroscopia, sendo submetida a tratamento antibacteriano por duas vezes, progredindo com piora do quadro. A bacterioscopia do raspado de córnea foi negativa para bactérias. Foi solicitado o parecer de um especialista em córnea, que prescreveu tratamento antiviral e antimicótico e realizou biópsia de córnea, a qual confirmou a presença de *Acanthamoeba sp*. Devido à gravidade da doença ocular e à impossibilidade de obtenção da medicação tópica, foi indicado o transplante de córnea como conduta emergencial. Em outubro de 1992, a paciente foi submetida ao transplante de córnea, sem complicações. O exame anatomopatológico do botão corneano retirado, confirmou a presença de cistos e trofozoítas de *Acanthamoeba sp*. Três meses após a cirurgia a acuidade visual corrigida neste olho era 20/20. Hoje, após sete anos, a acuidade visual corrigida neste olho continua sendo 20/20. O presente caso de ceratite por *Acanthamoeba sp*, é o primeiro descrito no estado de Santa Catarina, de acordo com a literatura pesquisada.

SUMMARY

The author report a case of *Acanthamoeba* keratitis happened in Florianópolis, Santa Catarina, in 1992. Female patient, 23 years old, user of rigid gas-permeable contact lenses for three years, looked for an ophthalmologist complaining a pain and a sensasion of strange corp in the right eye for thirty days. She related was using saline solution for the hygiene of hers contact lenses. Presented clinical picture of keratitis in the right eye to the biomicroscopy, had been submitted to a antibacterial treatment for twice, progressing with deteribration of clinical picture. The bacterioscopy of corneal scraping was negative to the bacterias. Was requested an opinion of a corneal especialista who prescribed antiviral and antimicotic treatment and realized corneal biopsy that confirmed the presence of *Acanthamoeba sp.* Because of the seriousness of the ocular disease and the impossibility to attainment of topical medication, was indicated the penetrating keratoplasty how emergencial conduct. On october, 1992, the patient was submitted to the penetratig keratoplasty, without complications. The histologic exame of the corneal button removed, confirmed the presence of cysts and trophozoites of *Acanthamoeba sp.* Three months later the surgery the visual acuteness corrected in this eye was 20/20. Today, seven years later, the visual acuteness corrected in this eye is already been 20/20. This case of *Acanthamoeba* keratitis is the first one reported in Santa Catarina, according the literature researched.

TCC
UFSC
SP
0003

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0003

Autor: Werner, Pedro Paul

Título: Ceratite por acanthamoeba : rel



972807896

Ac. 254082

Ex.1 UFSC BSCCSM